

ACCESSION NUMBER: 2003-686386 [65] WPINDEX
DOC. NO. NON-CPI: N2003-548128
TITLE: Method for performing median colporhaphy.
DERWENT CLASS: P31
INVENTOR(S): BAKHAEV, V V; GYUNTER, V EH
PATENT ASSIGNEE(S): (NKDO-R) NOVOK DOCTORS TRAINING INST
COUNTRY COUNT: 1
PATENT INFORMATION:

PATENT NO	KIND DATE	WEEK	LA	PG MAIN IPC
RU 2209605	C2 20030810 (200365)*			A61B017-42 <--

APPLICATION DETAILS:

PATENT NO	KIND	APPLICATION	DATE
RU 2209605	C2	RU 2001-120189	20010718

PRIORITY APPLN. INFO: RU 2001-120189 20010718

INT. PATENT CLASSIF.:

MAIN: A61B017-42

BASIC ABSTRACT:

RU 2209605 C UPAB: 20031009

NOVELTY - In case of uterine and vaginal prolapse one should separate and remove fragments of anterior and posterior vaginal walls. Separated surfaces of bladder of rectum should be connected. Between separated surfaces one should apply implant out of porous titanium nickellide at sizes corresponding to those in separated surfaces. In peculiar case, larger separated surface should be sutured up to the sizes of lesser one. The present innovation enables to provide normal bladder's and rectum's functioning and prevents relapses of uterine and vaginal prolapse.

USE - Medicine, urogynecology.

ADVANTAGE - Higher efficiency. 1 cl, 1 dwg, 2 ex

Dwg. 1/1

FILE SEGMENT: GMPI

FIELD AVAILABILITY: AB; GI



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 209 605** ⁽¹³⁾ **C2**
(51) МПК⁷ **A 61 B 17/42**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(21), (22) Заявка: 2001120189/14, 18.07.2001

(24) Дата начала действия патента: 18.07.2001

(46) Дата публикации: 10.08.2003

(56) Ссылки: РЕМБЕЗ И.Н. Оперативная гинекология. - Киев, 1966, с.181-183. БАХАЕВ В.В. и др. Нить из никелида титана в оперативной урологии. Матер. Всероссийской юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-тию городской клинической больницы №1, г. Новокузнецк, 1999, с.283. КУЛАКОВ В.И. Оперативная гинекология. - 1999, с.312.

(98) Адрес для переписки:
654005, Кемеровская обл., г. Новокузнецк,
пр. Строителей, 5, ГИДУВ, патентный отдел

(71) Заявитель:
Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей

(72) Изобретатель: Бахаев В.В.,
Гюнтер В.Э.

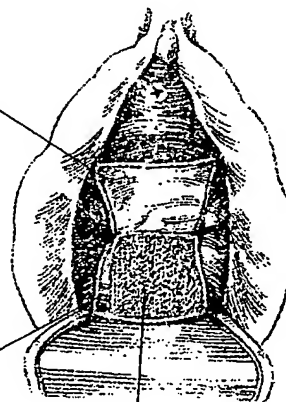
(73) Патентообладатель:
Новокузнецкий государственный институт
усовершенствования врачей

(54) СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ СРЕДИННОЙ КОЛЬПОРРАФИИ

(57)

Изобретение относится к медицине, урогинекологии, может быть использовано при выполнении кольпоррафии. При выпадении матки и влагалища отсепааровывают и удаляют лоскуты передней и задней стенок влагалища. Соединяют отсепаарованные поверхности мочевого пузыря и прямой кишки. Между отсепаарованными поверхностями устанавливают имплантат из пористого никелида титана размерами, соответствующими размерам отсепаарованных поверхностей. В частном случае большую отсепаарованную поверхность ушивают до размеров меньшей. Способ позволяет обеспечить нормальное функционирование мочевого пузыря, прямой кишки и профилактику рецидива выпадения матки и влагалища. 1 з.п.ф-лы, 1 ил.

1. Отсепаарованная поверхность передней стенки влагалища



2. Отсепаарованная поверхность

задней стенки влагалища

3. Имплантат

RU 2 209 605 C2

RU 2 209 605 C2



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 209 605** ⁽¹³⁾ **C2**
(51) Int. Cl. ⁷ **A 61 B 17/42**

RUSSIAN AGENCY
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: 2001120189/14, 18.07.2001

(24) Effective date for property rights: 18.07.2001

(46) Date of publication: 10.08.2003

(98) Mail address:
654005, Kemerovskaja obl., g. Novokuznetsk,
pr. Stroitelej, 5, GIDUV, patentnyj otдел

(71) Applicant:
Novokuznetskij gosudarstvennyj institut
usovershenstvovanija vrachej

(72) Inventor: Bakhaev V.V.,
Gjunter V.Eh.

(73) Proprietor:
Novokuznetskij gosudarstvennyj institut
usovershenstvovanija vrachej

(54) **METHOD FOR PERFORMING MEDIAN COLPORHAPHY**

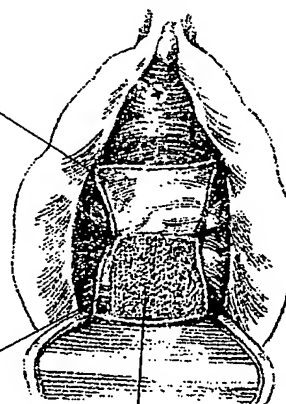
(57) Abstract:

FIELD: medicine, urogynecology.
SUBSTANCE: in case of uterine and vaginal prolapse one should separate and remove fragments of anterior and posterior vaginal walls. Separated surfaces of bladder of rectum should be connected. Between separated surfaces one should apply implant out of porous titanium nickelide at sizes corresponding to those in separated surfaces. In peculiar case, larger separated surface should be sutured up to the sizes of lesser one. The present innovation enables to provide normal bladder's and rectum's functioning and prevents relapses of uterine and vaginal prolapse. EFFECT: higher efficiency. 1 cl, 1 dwg, 2 ex

1. Отсепарованная поверхность передней стенки влагалища

2. Отсепарованная поверхность
задней стенки влагалища

3. Имплантат



RU 2 209 605 C2

RU 2 209 605 C2

Изобретение относится к области медицины, а именно к урологии и гинекологии.

Опущение и выпадение внутренних половых органов занимает одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости. Выраженные формы пролапса в определенном смысле являются увечьем, нарушающим жизнь женщины. Хирургическое лечение, позволяющее полностью реабилитировать таких женщин, имеет не только медицинское, но и социальное значение [Петрова В.Д., Буянова С.П., Иоселиани М.Н., Попов А.А., Рижинашвили И.Д., Смольнова Т.Ю. Тактика лечения больных с выпадением купола влагалища после гистерэктомий. - Акуш. и гинек. - 2000. - 4. - С. 50].

Совершенствование методов лечения генитального пролапса является актуальным на протяжении многих десятилетий. Это обусловлено высокой частотой данной патологии, достигающей 15-28% случаев гинекологической заболеваемости и недостаточной эффективностью лечения, приводящей в 33% случаев к рецидивам пролапса. Заболевание распространено среди женщин всех возрастных групп и всегда прогрессирует, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений. Эти обстоятельства требуют новых подходов к выбору хирургической тактики, оптимизации оперативных вмешательств, позволяющих свести к минимуму число рецидивов после оперативного лечения [Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Савельева И.С. Реабилитация больных с опущением и выпадением внутренних половых органов. - Вестн. Росс. ассоц. Акуш. и гинек. - 1997. - 1. - С. 105; Макаров О.В., Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Медведев С.Н. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса. - Акуш. и гинек. - 2000. - 1. - С. 40-41; Петрова В.Д., Буянова С.Н., Иоселиани М.Н., Попов А.А., Рижинашвили И.Д., Смольнова Т.Ю. Тактика лечения больных с выпадением купола влагалища после гистерэктомий. - Акуш. и гинек. - 2000. - 4. - С. 50].

Современные женщины ведут более активную жизнь в пожилом возрасте. Во многих случаях качество жизни можно было бы улучшить с помощью сравнительно небольших операций, но на практике это удается редко [Ищенко А.И., Чушков Ю.В., Слободянюк А.И., Самойлов А.Р., Малюта Л.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении. - Акуш. и гинек. - 2000. - 1. - С. 32].

Известен способ влагалищной экстирпации матки как радикальное устранение выпадения внутренних половых органов [Патология шейки матки/ Под ред. В.И. Краснопольского. - М.: Медицина, 1997. - С. 219; Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер с англ./ Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - С. 243]. Известным способом устранения пролапса гениталий является "манчестерская операция" [Патология шейки матки/ Под ред. В.И. Краснопольского. - М.: Медицина, 1997. - С. 219; Рембез И.П. Оперативная гинекология. - Киев: Здоров'я, 1985. - С. 133; Оперативная гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. - Н. Новгород: Издательство НГМА,

1999. - С. 312].

Недостатками этого способа являются:

- операции травматичны;
- высокая частота рецидивов, которая достигает в течение 3-х лет после операции 33%;

- сложны в техническом выполнении;
- нарушается архитектура малого таза;
- возможность усугубления нарушений функции соседних органов, в частности мочевого пузыря и т.д.

Наиболее близким способом к заявляемому, устраняющим пролапс гениталий, является срединная кольпоррафия Лейфора-Нейгебауэра. Она показана при выпадении матки и влагалища у женщин пожилого (старческого) возраста, не живущих половой жизнью, при противопоказаниях к радикальным операциям по состоянию здоровья. Операция заключается в следующем. Из слизистой оболочки задней стенки влагалища выкраивают трапециевидный (прямоугольный) лоскут шириной 3-4 см и длиной 6-7 см. Основание его располагается в верхнем углу раны. Такой же лоскут слизистой влагалища выкраивается из передней стенки влагалища (на расстоянии 1,5-2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала книзу и на 2 см впереди от наружного зева шейки матки). Затем производят соединение раневых поверхностей передней и задней стенок влагалища. Первоначально соединяют края раны, прилегающие к шейке матки. После этого постепенно сшивают края раны боковых стенок. Околопузырную и окологривающую клетчатку соединяют тонкими кетгутовыми швами. В результате сшивания раневых поверхностей влагалища оказывается соединенным посередине широкой полосой, слева и справа от которой остается по узкому каналу, соединенному со сводом влагалища. При сшивании раневых поверхностей необходимо следить за тем, чтобы не прошить стенку мочевого пузыря или прямой кишки. Последний ряд швов накладывают на края раны у отверстия влагалища [Патология шейки матки / Под ред. В.И. Краснопольского. - М.: Медицина, 1997. - С. 219; Рембез И.П. Оперативная гинекология. - Киев: Здоров'я, 1985. - С. 133; Оперативная гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. - Н. Новгород: Издательство НГМА, 1999. - С. 319]. Общепринято, что по форме и величине отсепарованные передней и задней лоскуты влагалищной стенки должны быть одинаковы [Давыдов С.П., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. - Л.: М., 1973. - С. 106]. Не соблюдение этого требования ведет к рецидиву заболевания.

Недостатками способа, выбранного в качестве прототипа, являются:

- затруднен осмотр шейки матки при возникновении кровотечений;
- наблюдаются рецидивы заболевания вследствие растяжения и истончения созданной перегородки влагалища под действием сохраняющихся внутрибрюшного, внутрипузырного и внутриректального давлений;
- задержки мочи часто сменяются недержанием мочи при напряжении;
- не устраняется механизм возникновения запоров вследствие выраженного ректоцеле;

Недостатками способа, выбранного в качестве прототипа, являются:

- затруднен осмотр шейки матки при возникновении кровотечений;
- наблюдаются рецидивы заболевания вследствие растяжения и истончения созданной перегородки влагалища под действием сохраняющихся внутрибрюшного, внутрипузырного и внутриректального давлений;
- задержки мочи часто сменяются недержанием мочи при напряжении;
- не устраняется механизм возникновения запоров вследствие выраженного ректоцеле;

- диспропорция между цисто- и ректоцеле ограничивает возможное применение операции срединной кольпоррафии;

- при сшивании отсепарованных участков передней и задней стенок влагалища имеется риск травмы мочевого пузыря и прямой кишки.

Задача изобретения: обеспечение нормального функционирования мочевого пузыря, прямой кишки и профилактика рецидива заболевания у женщин с выпадением матки и влагалища в пожилом возрасте и тяжелой соматической патологией при выполнении операции срединной кольпоррафии.

Поставленная задача достигается тем, что:

1. Способ выполнения срединной кольпоррафии при выпадении матки и влагалища включающий отсепаровывание и удаление лоскутов передней и задней стенок влагалища, соединение отсепарованных поверхностей, отличается тем, что между отсепарованными поверхностями мочевого пузыря и прямой кишки устанавливается имплантат из пористого никелида титана с пористостью 40-60%, толщиной 0,2 мм, размерами, соответствующими размерам отсепарованных поверхностей.

2. Способ по п.1 отличается тем, что при наличии диспропорции между цисто- и ректоцеле отсепаровывают и удаляют лоскуты разных размеров, большую отсепарованную поверхность ушивают до размеров меньшей, а размеры имплантата выбирают в соответствии с размерами меньшей поверхности.

Новизна способа:

- впервые для создаваемой во время срединной кольпоррафии перегородки влагалища используется имплантат из пористого проникаемого никелида титана с пористостью 40-60% толщиной 0,2 мм соответственно размерам отсепарованных поверхностей передней и задней стенок влагалища;

- при наличии выраженной диспропорции между выпавшими передней и задней стенками влагалища лоскуты стенок влагалища выкраиваются разными по размерам, большая отсепарованная поверхность ушивается до размеров меньшей, а размеры имплантата соответствуют меньшей поверхности.

Экспериментально установлено, что изделия из никелида титана легко дезинфицируются и стерилизуются, не обладают токсичностью, не оказывают канцерогенного эффекта, биологически совместимы с тканями человеческого организма [Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолятин П.Г., Зиганшин Р.В. и др. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы. - Томск: Изд-во Томского университета, 1998. - С. 168-193]. Пористые имплантаты из никелида титана хорошо прорастают мягкими тканями и приобретают эластичные свойства этих тканей [Дамбаев Г.Ц., Гюнтер В. Э., Родионченко А.А., Итин В.И. и др. Пористые проникаемые имплантаты в хирургии. - Томск: Изд-во ТПУ. 1996. - С. 116-119].

Имплантируемая пластинка из пористого проникаемого никелида титана, располагаясь между стенками мочевого пузыря и прямой

кишки, под действием внутрибрюшного, внутрипузырного и внутриректального давлений плотно фиксируется окружающими тканями и дополнительное ее фиксирование становится излишним. Она прорастает окружающими тканями и создает жесткую фиксацию мочевого пузыря, уретры и прямой кишки. Имплантат определяет размеры созданной перегородки влагалища, принимает на себя действие внутрибрюшного, внутрипузырного и внутриректального давлений, делая невозможным истончение перегородки.

При использовании имплантата из пористого никелида титана отсепарованные стенки мочевого пузыря и прямой кишки срастаются не между собой, а с имплантатом. Становится возможным на наиболее перерастянутой стенке влагалища выкраивать лоскут необходимых размеров (больших), а наложением отдельных швов на отсепарованную поверхность уменьшать ее до соответствующих размеров отсепарованной поверхности на противоположной стенке влагалища.

Известно, что одним из факторов стрессового недержания мочи у женщин является потеря способности уретры плотно прижиматься к пузырно-влагалищной перегородке, что усиливается при слабости опорной ткани и опущении влагалища, снижении его тонуса [Салов П.П. Сочетанные нарушения функции тазовых органов (СФТО). - Новосибирск: АОЗТ "ОФСЕТ". 1994. - С. 59]. При использовании имплантата из пористого проникаемого никелида титана создается прочная основа для фиксации урорезикальной области мочевого пузыря, что позволяет устранить один из факторов стрессового недержания мочи.

Многие женщины с пролапсом гениталий страдают запорами. Повышение емкости прямой кишки ослабляет ее сенсорную чувствительность на растяжение (объемно-пороговую чувствительность) и, возможно, тормозит механизм дефекации. [Салов П.П. Сочетанные нарушения функции тазовых органов (СФТО). - Новосибирск: АОЗТ "ОФСЕТ". 1994. - С. 27]. Имплантат из пористого никелида титана, прорастая тканями прямой кишки, формирует зону активного противодействия перерастяжению прямой кишки, что повышает чувствительность ее барорецепторов, то есть устраняется один из механизмов обстипации (запоров) при выраженном ректоцеле.

Операция срединной кольпоррафии производится у женщин, не живущих половой жизнью, поэтому невозможность в дальнейшем половой жизни не играет роли для больной.

Применение жестких и гибких гистероскопов в настоящее время позволяет осматривать шейку матки и производить биопсию подозрительных на рак участков через влагалищные каналы, сформированные во время срединной кольпоррафии. Еще один недостаток срединной кольпоррафии становится несущественным.

Таким образом, использование пористого проникаемого имплантата для повышения эффективности операции срединной кольпоррафии при пролапсе гениталий у женщин теоретически и экспериментально обосновано.

Изобретение пояснено чертежом, где показана схема операции.

Способ осуществляется следующим образом.

Из передней стенки влагалища острым скальпелем выкраиваем и удаляем лоскут прямоугольной формы 2-3 • 5-6 см (зависит от ширины выпавшего влагалища). Ширина стороны лоскута соответствует продольному разрезу влагалища, одна узкая сторона располагается на 1,5-2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а вторая у переходной складки слизистой оболочки передней части свода влагалища. Затем выкраиваем и удаляем такой же по величине (2-3 • 5-6 см) и форме лоскут из задней стенки влагалища. Кетгутowymi швами соединяем края поперечных разрезов передней и задней стенок влагалища, лежащие спереди и сзади шейки матки. Между отсепарованными поверхностями мочевого пузыря и прямой кишки помещаем прямоугольной формы имплантат из пористого проникаемого никелида титана марки ТН-1П с пористостью 40-60% толщиной 0,2 мм, шириной 2-3 см и длиной 5-6 см соответственно размерам отсепарованных лоскутов. Затем кетгутowymi швами соединяем боковые края передней и задней стенок влагалища освеженных прямоугольников. Операция заканчивается наложением швов на нижние поперечные края разрезов. Имплантат оказывается между мочевым пузырем (сверху), прямой кишкой (снизу) и сшитыми передней и задней стенками влагалища по периметру. В то же время с обеих сторон от созданной влагалищной перегородки образуются два узких влагалищных канала, сообщающихся между собой на уровне шейки матки.

При выраженной диспропорции между выпавшими передней и задней стенками влагалища на меньшей стенке влагалища выкраивается прямоугольный лоскут размерами 2-3 • 5-6 см, а на большей стенке влагалища лоскут больших (необходимых) размеров. Наложением отдельных швов на отсепарованную поверхность больших размеров делают ее соответствующей по размерам (2-3 • 5-6 см) и форме отсепарованной поверхности. Противоположной стенке влагалища. В дальнейшем операция продолжается так, как описано выше.

Клинический пример 1.

Больная С., 71 года, поступила в отделение плановой оперативной гинекологии 14.04.99 г. с диагнозом: несостоятельность мышц тазового дна III степени, выпадение матки, цисто- и ректоцеле.

18.04.99 г. в плановом порядке, под перидуральной анестезией произведена операция: срединная кольпоррафия с укреплением перегородки влагалища имплантатом из пористого никелида титана.

Во время операции из передней стенки влагалища острым скальпелем отсепаровали и удалили лоскут прямоугольной формы 3 • 5 см. Ширина стороны лоскута соответствует продольному разрезу влагалища, одна узкая сторона располагается на 2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а вторая у переходной складки слизистой оболочки передней части свода влагалища. Затем отсепаровали и удалили

такой же по величине и форме лоскут из задней стенки влагалища. Кетгутowymi швами соединили края поперечных разрезов передней и задней стенок влагалища, лежащие спереди и сзади шейки матки. Между отсепарованными участками мочевого пузыря и прямой кишки поместили прямоугольной формы имплантат из пористого проникаемого никелида титана марки ТН-1П с пористостью 40-60% толщиной 0,2 мм, шириной 3 см и длиной 5 см (соответственно размерам отсепарованных лоскутов). Затем кетгутowymi швами соединили боковые края передней и задней стенок влагалища освеженных прямоугольников. Операция закончилась наложением швов на нижние поперечные края разрезов. Имплантат оказался расположенным между мочевым пузырем (сверху), прямой кишкой (снизу) и сшитыми передней и задней стенками влагалища (с боков по периметру). В то же время с обеих сторон от созданной влагалищной перегородки образовались два узких влагалищных канала, сообщающихся между собой на уровне шейки матки.

В послеоперационном периоде назначались анальгетики, антибиотики, физиолечение. Самостоятельное мочеиспускание с 1-х суток, стул на 6 сутки. Послеоперационный период протекал правильно, заживление швов первичным натяжением. Выписана домой 05.05.99 г.

Осмотрена в динамике: через 3 месяца, 1, 2 года. Отсутствовали признаки рецидива пролапса гениталий, имплантат негативно себя не проявляет. Урогинекологических жалоб женщина не предъявляла, стул ежедневный. По данным УЗИ и обзорных рентгенограмм малого таза вокруг имплантата ткани обычной экоструктуры. Дискомфорта в области влагалища и промежности нет.

Пример 2.

Больная Г., 69 лет, поступила в отделение плановой оперативной гинекологии 15.03.99 г. с диагнозом: несостоятельность мышц тазового дна III степени, выпадение матки, выраженное ректоцеле, ожирение III степени, ИБС, гипертоническая болезнь II степени, варикозное расширение вен нижних конечностей.

18.03.99 г. в плановом порядке, под перидуральной анестезией произведена операция: срединная кольпоррафия с укреплением перегородки влагалища имплантатом из пористого никелида титана.

Во время операции из передней стенки влагалища острым скальпелем отсепаровали и удалили лоскут прямоугольной формы 3 • 5 см. Ширина стороны лоскута соответствует продольному разрезу влагалища, одна узкая сторона располагается на 2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а вторая у переходной складки слизистой оболочки передней части свода влагалища. Задняя стенка влагалища значительно превосходила переднюю в размерах. Поэтому на ней отсепаровали и удалили лоскут прямоугольной формы 5 • 9 см. Отдельными хлопчатобумажными швами, наложенными на отсепарованную поверхность прямой кишки, размеры ее уменьшены и доведены до 3 • 5 см. Кетгутowymi швами соединили края поперечных разрезов передней и задней

стенок влагалища, лежа спереди и сзади шейки матки. Между отсепарованными участками мочевого пузыря и прямой кишки поместили прямоугольной формы имплантат из пористого никелида титана марки ТН-1П с пористостью 40-60% толщиной 0,2 мм, шириной 3 см и длиной 5 см (соответственно размерам отсепарованного лоскута передней стенки влагалища). Затем кетгутowymi швами соединили боковые края передней и задней стенки влагалища освеженных прямоугольников. Операция закончилась наложением швов на нижние поперечные края разрезов. Имплантат оказался расположенным между мочевым пузырем (сверху), прямой кишкой (снизу) и сшитыми передней и задней стенками влагалища (с боков по периметру). В то же время с обеих сторон от созданной влагалищной перегородки образовались два узких влагалищных канала, сообщающихся между собой на уровне шейки матки.

В послеоперационном периоде назначались анальгетики, антибиотики, антиагреганты, гипотензивные препараты, антикоагулянты, витамины, физиолечение. Самостоятельное мочеиспускание с 2-х суток, стул на 6 сутки. Послеоперационный период протекал правильно, заживление швов первичным натяжением. Выписана домой 05.04.99 г.

Осмотрена в динамике: через 3 месяца, 1, 2 года. Отсутствовали признаки рецидива пролапса гениталий, имплантат негативно себя не проявлял. Урогинекологических жалоб женщина не предъявляла, стул ежедневный. По данным УЗИ и обзорных рентгенограмм малого таза вокруг имплантата ткани обычной экзоструктуры. Дискомфорта в области влагалища и промежности нет.

Таким образом оперировано 5 женщин в возрасте от 65 до 72 лет с выпадением матки и влагалища. У всех прооперированных за время наблюдения отсутствовали признаки рецидива заболевания. Имплантат негативно

себя не проявлял, что визуализировался на эхо- и рентгенограммах.

Использование данного метода дает следующий эффект:

1. Повышается прочность создаваемой перегородки влагалища, что предотвращает рецидив заболевания.

2. Создается прочное основание для мочевого пузыря и прямой кишки, что приводит к нормализации их функций.

3. Упрощается техника операции и снижается риск повреждения мочевого пузыря и прямой кишки.

4. Позволяет выполнять операцию при выраженных диспропорциях размеров передней и задней стенок выпавшего влагалища.

Формула изобретения:

1. Способ выполнения срединной кольпоррафии при выпадении матки и влагалища, включающий отсепаровку и удаление лоскутов передней и задней стенок влагалища, соединение отсепарованных поверхностей мочевого пузыря и прямой кишки, отличающийся тем, что между отсепарованными поверхностями мочевого пузыря и прямой кишки устанавливают имплантат из пористого никелида титана с пористостью 40-60%, толщиной 0,2 мм, размерами, соответствующими размерам отсепарованных поверхностей.

2. Способ по п. 1, отличающийся тем, что при наличии диспропорции растяжения передней и задней стенок влагалища отсепаровывают и удаляют лоскуты разных размеров, на стенке влагалища, имеющей большее растяжение, выкраивают больший лоскут и соответственно получают большую отсепарованную поверхность, чем на другой стенке, большую отсепарованную поверхность ушивают до размеров меньшей, а размеры имплантата выбирают в соответствии с размерами меньшей отсепарованной поверхности.

40

45

50

55

60